Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

**Redakcyja:**
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

**Administracyja:**
Ulica Sienna Nr. 14.

**Ekspedycyja miejscowa:**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

**Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.**

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

| Przedpłata wynosi: | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 16 mk. | 24 fr. |
| Półrocznie | „ 4 „ 40 „ | „ 3 „ | „ 8 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie | „ 2 „ 20 „ | „ 1½ „ | „ 4 „ | „ 6 „ |

**Kraków**, 29 marca 1884. № 13. Rok XXIII.



## I. O dzisiejszym stanie nauki o transfuzyi.

Wykład miany w Tow. lek. krak.
przez prof. Mikulicza.

Panowie! Nie ma może drugiéj operacyi, o któréj znaczeniu w różnych czasach tak różne panowały zapatrywania, jak o transfuzyi. Od połowy 17go stulecia, gdy tę operacyję po raz pierwszy z pomyślnym skutkiem wykonano na człowieku, bywały czasy, w których ją zalecano jako jedną z największych zdobyczy na polu medycyny, podczas gdy inne pokolenia potępiały ją jako zabieg zbyt śmiały. Taką zmianę w zapatrywaniach przeżyliśmy znów w ostatnich 10 latach. W połowie 7go dziesiątka lat bieżącego wieku zdawało się, jak gdyby transfuzyja w medycynie miała zdobyć sobie nowy okres a zapaleni zwolennicy jéj spodziewali się, że nietylko osobom ulegającym skrwawieniu na polu bitwy, ale każdemu prawie ciężko choremu mogą udzielić ratunku. Wszak wykonano transfuzyję nietylko w przypadkach ropnicy i posocznicy, ale i w przypadkach bielicy, błednicy i zimnicy, a nawet chciano w ten sposób leczyć gruźlicę płuc. Ale już w parę lat potém zapał minął a z początkiem obecnego dziesiątka lat prawie wszyscy uważali transfuzyję za operacyję należącą do historyi, która chyba tylko jeszcze dla fizyjologa i patologa ma znaczenie. Że zaś kwestyję tę omówić dzisiaj zamierzam, powoduję się okolicznością, że nastąpiła w ostatnich latach istotna zmiana w nauce o transfuzyi, zmiana, która z pewnością zasługuje na uwagę wszystkich lekarzy. Mam tu na myśli zalecane naprzód przez S c h w a r z a, a przez B i s c h o f f a z pomyślnym skutkiem po raz pierwszy na człowieku wykonane wlewanie rozczynu soli kuchennéj do układu naczyniowego w przypadkach ostréj niedokrewności. Operacyję tę odtąd co najmniéj kilkanaście razy z wybitnym skutkiem powtórzono. Ja niedawno miałem sposobność wykonać infuzyję rozczynu soli kuchennéj, i przekonałem się na podstawie własnego doświadczenia, że jestto zabieg, który nietylko dla wybitnego skutku ale i z powodu braku niebezpieczeństwa wśród operacyi i z powodu prostéj zupełnie manipulacyi powinien być znany każdemu lekarzowi.

Ponieważ wlewanie rozczynu soli kuchennéj zawdzięcza swe powstanie badaniom fizyjologicznym a więc opiera się na zdrowéj podstawie naukowéj, i ponieważ z drugiéj strony z historyją transfuzyi pozostaje w ścisłym związku, musimy dla należytego ocenienia tego ostatniego uwzględnić poprzednie losy transfuzyi, jak niemniéj i fizyjologiczne prace wstępne.

Jak już wspomniałem wykonano pierwszą transfuzyję z pomyślnym skutkiem na człowieku w 17tym wieku, a mianowicie wykonał ją Jan Baptista D e n i s w Paryżu w r. 1667, gdy dwa lata przedtém L o w e r o w i udało się doświadczenie przetoczenia krwi z jednego psa na drugiego. Tymczasem wykonano operacyję tę już przedtém, choć bez skutku. B e r g m a n n opowiada w wykładzie nader zajmującym, który miał w Berlinie w dniu 2gim sierpnia 1883 o transfuzyi, że na papieżu Inocentym VIII, a więc na sto lat przed odkryciem krążenia krwi przez Harveya, próbowano wykonać transfuzyję w ten sposób, że z 3ch rzymskich chłopców przeprowadzono krew do żył umierającego starca ale bez skutku. A więc prawie przed czterystu laty robiono transfuzyję, nim jeszcze miano jasne pojęcie o krążeniu krwi w ciele ludzkiém.

Po pierwszéj szczęśliwéj transfuzyi D e n i s a, wykonanéj za pomocą krwi jagnięcéj, powtarzano ją niebawem, ale tak często z niepomyślnym skutkiem, że straciła prawie na poważaniu.

Wprawdzie wykonywano ją tu i owdzie i z początkiem naszego stulecia, stosowano ją w najrozmaitszych chorobach nerek i płuc, a nawet w tyfusie i cholerze. Na znaczeniu zyskała operacyja ta ponownie dopiero, gdy w r. 1859 M a r t i n ogłosił szereg świetnych wyników u położnic niedokrewnych z powodu utraty krwi. Odtąd operacyja ta stała

się znów popularną, ale znów nie ograniczono się do wykonywania jéj u niedokrewnych z powodu utraty krwi, lecz zalecano i wykonywano ją w różnych innych chorobach. Do najbardziéj gorliwych obrońców pomiędzy chirurgami należeli, jak wiadomo, Hüter i Neudörfer. Ale znów liczne przypadki niepomyślne a po części i przypadki śmierci bez wątpienia przez transfuzyję wywołane zakończyły przedwcześnie krótki okres jéj rozkwitu. Wprawdzie zwolennicy transfuzyi na drodze statystyki starali się zapewnić jéj znaczenie. Liczby te były jednak za małe, skutki za mało w oczy uderzające a wreszcie statystyka tu tak samo nie mogła być rozstrzygającą, jak wobec wielu innych środków leczniczych. Przetaczanie krwi straciło znowu na znaczeniu a to tym razem dla tego, że brakowało mu dostatecznéj podstawy fizyjologicznéj. Jestto dziwném, że się rozwój transfuzyi krwi od samego początku, gdzie ją wykonywano przed poznaniem krążenia krwi, aż do ostatnich czasów tém odznaczał, że ją robiono albo bez znajomości potrzebnych jeszcze podstaw fizyjologicznych, albo bez należytego uwzględnienia znanych już faktów fizyjologii, t. j. na podstawie empiryi.

Dopiero dziś jesteśmy w stanie zrozumieć błędy dawniejszéj nauki o transfuzyi, skoro piękne prace badaczy jak Panuma, Landoisa, Ponficka i późniejsze studyja Lessera, Schwarza, Kroneckera, Sandera, Schmidta i Köhlera kwestyję całą dostatecznie wyjaśniły.

Myśl przewodnia transfuzyi bez wątpienia jest zupełnie zdrową i nie potrzeba na to być lekarzem, aby zrozumieć, że utracona żyjąca krew najpewniéj się da zastąpić znów przez krew żyjącą. Jak łatwo jednak rzecz da się pomyśleć, tak skomplikowaném jest wykonanie tego pomysłu a jeszcze bardziéj skomplikowany fizyjologiczny rozbiór szczegółów, które tu należy uwzględnić. Zachodzi naprzód pytanie, czy w ogóle można krew żyjącą przetoczyć z jednéj osoby na drugą. Jak wiadomo już śród praktycznego wykonania tego zadania przedstawiają się rozmaite trudności. Przedewszystkiém nie zawsze rozporządza się krwią człowieka zdrowego. Z tego powodu używano już w dawnych czasach także krwi zwierzęcéj, najczęściéj jagnięcéj. Drugą trudność przedstawia szybkie krzepnienie świeżo upuszczonéj krwi. Choć uda się w doświadczeniu tętnicę jednego zwierzęcia z żyłą drugiego połączyć za pomocą krótkiéj rurki i przeprowadzić krew bezpośrednio tą drogą, to przecież przelewanie takie z człowieka na człowieka już dla tego nie łatwo da się wykonać, że dający krew nie tak łatwo się zgodzi na to, żeby poświęcić w tym celu dość wielką tętnicę. Oprócz tego przy zakładaniu kaniuli łatwo powstają skrzepy, które — przynajmniéj przy transfuzyi śródżylnéj — mogą dać powód do powstania niebezpiecznych zatorów płucnych. Dla tego rozwinął się sposób postępowania, polegający na odwłóknieniu krwi i wstrzykiwaniu dopiero po staranném przesączeniu.

Wiadomo, że za najważniejszy składnik krwi uważamy czerwone ciałka krwi, które przenosząc tlen mają pośredniczyć w wymianie gazów pomiędzy tkankami. Na podstawie dawniejszych zapatrywań polegały znane objawy ostréj niedokrewności na braku ciałek czerwonych krwi. Na podstawie tych zapatrywań chodziło więc tylko o to, żeby organizmowi dostarczyć dostatecznéj ilości ciałek czerwonych, a ponieważ one we krwi odwłóknionéj na pozór nie doznawały zmiany, więc krew odwłókniona miała działać w ten sam sposób jak świeża nieskrzepła. Szereg pomyślnych wyników zdawał się stwierdzać to zapatrywanie, choć znane były i przypadki, w których zwłaszcza po wstrzyknięciu znaczniejszych ilości nastąpiły ciężkie zaburzenia. Pozostało to więc zawsze kwestyją nierozstrzygniętą: czy obcą a względnie jagnięcą lub ludzką, czy odwłóknioną lub nieodwłóknioną krew należy stosować.

Zanim odpowiemy na to, musimy zapytać się naprzód dokładniéj, co właściwie przez transfuzyję osiągnąć zamierzamy? Na czém polega istota ostréj niedokrewności? Dla czego niedokrewność ostra śmierć sprowadza? Przedtém, jak już wspomniałem, brzmiała odpowiedź w ten sposób, że śmierć z niedokrewności następuje z powodu braku ciałek czerwonych a transfuzyja ma na celu doprowadzić do ustroju potrzebnéj ilości tychże. Mogę już tu nadmienić, że na podstawie dzisiejszéj naszéj nauki z jednéj strony założenie téj odpowiedzi jest fałszywém a z drugiéj strony przeprowadzenie żywych zdolnych do funkcyi ciałek krwi prawdopodobnie wcale nie jest możebném przy naszych dzisiejszych środkach.

Na podstawie dokładnych doświadczeń na zwierzętach wiemy, że po śmiertelnéj utracie krwi życie ustaje już wtedy, kiedy istniejąca ilość krwi jeszcze nazbyt wystarcza do życia zwierzęcia. Jeżeli się bowiem nie wypuszcza krwi na raz ale w odstępach całodziennych, albo podczas kilku dni mniejsze ilości krwi przez otwarcie żył odejmuje, to cała utrata krwi może znacznie przewyższyć tę ilość, która wystarczy, żeby sprowadzić śmierć po jednorazowym upuście. Bardzo zajmującém jest doświadczenie Tolmaczewa, który podczas 11 dni psu stopniowo odejmował krew w ilości przeszło 14% ciężaru ciała, a więc prawie dwa razy tyle, co wynosi prawidłowa ilość krwi. Dowodzi to z jednéj strony możności szybkiéj regeneracyi krwi, z drugiéj zaś, że organizm częste mniejsze upusty krwi lepiéj znosi niż jeden większy.

Jeszcze bardziéj przekonywające są znane doświadczenia Kroneckera i Sandera. Badacze ci dwom psom naraz upuścili 50%, a względnie 60%, całéj ilości krwi. Gdy akcyja serca zupełnie osłabła, wstrzykiwali do żyły szyjnéj ilość alkalicznego roztworu soli kuchennéj, równającą się ilości krwi upuszczonéj. Zwierzęta bardzo szybko przychodziły do siebie, a po kilku dniach nie widziano u nich śladu doznanéj utraty krwi.

Wiemy bowiem, że przy szybkiéj utracie krwi śmierć już następuje po utracie $^1/_3$ lub $^1/_2$ całéj ilości. Utrata $^1/_8$ mija bez trwałego zaburzenia, a nawet utrata $^1/_4$ całéj ilości bywa najczęściéj dobrze znoszoną, chociaż po niéj następuje hydremija i oligocytemija, trwająca dni i tygodnie, która jednak u zdrowych zresztą osób ustępuje w skutek rychłéj regeneracyi ciałek krwi.

Dalszego dowodu na to, że ilość krwi przy śmiertelnéj utracie takowéj sama przez się jużby wystarczyła do utrzymania życia, dostarcza porównanie krwi w ostréj i przewlekłéj niedokrewności. Po nagłéj utracie krwi zmniejsza się według Recklinghausena liczba czerwonych ciałek krwi w najcięższych przypadkach o połowę albo nieco mniéj, to jest z 5 na 2 do $2^1/_2$ milijona na milimeter kubiczny. W przewlekłéj niedokrewności zaś spostrzegano liczby 300.000 i nawet 200.000 na 1 milimeter kub.; więc tu $^1/_{10}$ część ilości ciałek krwi czerwonych, znajdującéj się w prawie śmiertelnéj ostréj niedokrewności, wystarczyć może do utrzymania życia.

Przytoczony szczegół, że wstrzyknięcie obojętnego płynu

mimo utraty zabójczéj zresztą ilości krwi może utrzymać życie, można tylko w ten sposób tłumaczyć, że śmierć z zakrwawienia nie następuje dla braku krwi a względnie czerwonych ciałek, lecz w skutek obniżenia się parcia krwi ościennego i niedostatecznego napełnienia obwodowych naczyń a mianowicie głównie naczyń mózgu i rdzenia przedłużonego.

System naczyniowy wprawdzie w wysokim stopniu posiada możność zastosowania się do różnych ilości krwi. Jestto bardzo ciekawym faktem, udowodnionym doświadczalnie przez Worm-Müllera i Lessera, że przepełnienie systemu naczyniowego przez wstrzykiwanie krwi w ilości 100 a nawet 150% pierwotnéj ilości krwi bez trwałego podniesienia parcia krwi bywa znoszoném. Także i za zmniejszeniem ilości krwi system naczyniowy działa regulująco, ale tylko do pewnéj granicy; w przypadkach utraty krwi wynoszącéj $^1/_8$ całéj ilości a nawet i więcéj parcie ościenne opada tylko chwilowo. Dopiero jeżeli nagle jeszcze większą ilość krwi się upuszcza, działanie regulujące naczyń staje się niedostateczném, parcie opada i występuje ischemija mózgu, która właśnie sprowadza śmierć. Najprawdopodobniéj przytém powstaje niejednostajny rozkład krwi, gdyż trzewa jamy brzusznéj w swych rozległych i licznych obszarach naczyniowych zatrzymują pozostałą ilość krwi. Zapatrywanie to zgadza się zupełnie z dawném doświadczeniem chirurgów. Jeżeli chory w skutek operacyi lub przypadkowego uszkodzenia stał się niedokrewnym, to układamy głowę nisko albo nawet całe ciało skośnie z nogami ku górze, żeby krew przynajmniéj na podstawie siły ciężkości w większéj ilości dopływała do mózgu. Nie inaczéj též działa tak zwana autotransfuzyja, t. j. zawinięcie odnóg za pomocą opasek elastycznych, przez co jedną część ciała chwilowo wyklucza się z obiegu krwi na korzyść trzew ważniejszych dla życia.

Tak więc w ostréj niedokrewności w skutek utraty krwi występującéj głównie o to chodzi, żeby parcie krwi ościenne szybko opadające znów podnieść i zapobiedz ischemii ośrodków nerwowych [1]). W jaki sposób to się dzieje, to właściwe na razie jest obojętném. Jeżeli jednak ułożenie skośne ciała i autotransfuzyja nie wystarczą, wtedy wstrzyknięcie obojętnego dla krwi płynu może wystarczyć dla usunięcia chwilowego niebezpieczeństwa. (C. d. n.)

---

## II. Kilka uwag o przyczynach położeń płodu [2]).

Podał **Franciszek Rubinstein**,
zarządzający przytułkiem położniczym Nr. 5. w Warszawie, b. lek miejsc. Maryjskiego Domu Położniczego w Petersburgu.

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, że płód przez cały przebieg ciąży nie znajduje się stale w jedném i tém samém położeniu, a na odwrót położenie płodu podlega mniéj więcéj częstym zmianom. Im łatwiéj zaś płód przechodzi z jednego położenia w drugie i im trudniéj on to nabyte położenie zmienia, tém stalsze ono będzie i w niém się płód urodzi. Jeśli więc jest mowa o przyczynach położeń, to przez nie rozumieć należy przyczyny zmiany położenia, a z drugiéj strony przyczyny utrzymujące zaszłą zmianę.

Również wiadomém jest, że poszczególni autorowie rozmaite podawali przyczyny położeń płodu i że każdy autor nowego poglądu czynił zarzuty przeciw istniejącym już teoryjom. Zarzuty te mniéj lub więcéj słuszne nie mogły jednak dowieść bezpodstawności innych teoryj i musimy przyjść do przekonania, że przyczyny położeń płodu leżą w wspólnem jednoczesném działaniu niektórych momentów. Momentami zaś temi są: różnica ciężkości gatunkowéj oddzielnych części płodu, postać płodu, ruchy mięśniowe płodu, tak samowolne jak i odruchowe, postać macicy, przemijająca kurczliwość macicy podczas ciąży, ilość cieczy płodowéj, opór napotykany przez płód śród wstawienia się przodującéj jego części przez ściany miednicy. Gdy zaś na podobne momenty wpływają pewne warunki, w tych więc warunkach należy szukać przyczyn położeń płodu. Warunkami zaś temi będą: 1) ilość poprzedzających ciąży, 2) czas trwania ciąży, 3) wielkość płodu, 4) ilość płodów, 5) wielkość miednicy, 6) nachylenie macicy. W każdym razie położenie płodu zależeć będzie od działania wszystkich tych warunków a w wyjątkowych razach da się zauważyć wpływ tylko jednego momentu.

*ad 1)* W pierwszéj ciąży forma macicy jest jajowatą, z dnem szerokiém a końcem dolnym węższym; formie téj odpowiada postać ciała płodu normalnie tak ułożonego, iż pośladki wraz z odnogami dolnemi tworzą koniec szeroki, a wąski koniec stanowi główka; dzięki więc akomodacyi tych form położenie główkowe jest najodpowiedniejsze. Grubość ścian macicy i sprężystość ich ułatwia kurczliwość macicy i sprzeciwia się zbytniemu ich rozciągnięciu, a zatém okoliczność ta staje na przeszkodzie zmianie położenia główkowego. Przy powiększającéj się liczbie ciąży ściany macicy rozciągnięte poprzedzającemi ciążami są cieńsze i mniéj sprężyste, skutkiem czego jama macicy jest obszerniejsza i forma jéj więcéj zbliżona do kuli; dana jest przeto możność płodowi częstszego zmieniania swego położenia i dla tego w powtórnych ciążach rzadziéj się spotykamy z położeniem główkowém niż w pierwszéj.

*ad 2)* W miarę zbliżania się ciąży do swego kresu ilość cieczy płodowéj w stosunku do wielkości płodu się zmniejsza, a odwrotnie im daléj od końca ciąży, tém ilość cieczy płodowéj jest większą. Od ilości zaś téj cieczy zależy większe lub mniejsze przyleganie ścian macicy do płodu, a zatém i forma macicy. Od tych zaś momentów zależy większa lub mniejsza ruchliwość płodu, a zatém im bliżéj początku ciąży, tém łatwiéj zmiany położenia płodu do skutku przychodzą i położenie główkowe jako mniéj stałe w początku ciąży rzadziéj się napotyka niż pod koniec.

*ad 3)* Im płód jest mniejszy, tém różnica między wielkością osi jego podłużnéj a wielkością osi poprzecznéj macicy jest mniejszą, tém położenie poprzeczne płodu jest dla niego mniéj niedogodne; prócz tego przy mniejszym płodzie prawo ciążenia główki ku dołowi mniéj zastosowania znajduje niż przy płodzie wielkim, gdyż przy mniejszym ciężarze płodu różnica ciężarów pojedyńczych jego części będzie mniejszą.

*ad 4)* W ciąży bliźniaczéj forma macicy nie odpowiada już postaci dwóch płodów obok siebie leżących, dla tego oba płody rzadziéj mają jedno i to samo położenie, i gdy jeden znajduje się w położeniu czaszkowém, drugi leży często w pośladkowém lub poprzeczném. Przytém jama macicy zbyt rozciągnięta kilkoma płodami posiada ściany cienkie, nie ściągające się tak jak w ciąży pojedyńczéj; w skutek tego wpływ ściągań przemijających w ciąży bliźniaczéj jest mniej-

[1]) W przypadkach niedokrewności przewlekłéj stosunki są wcale odmienne a doprowadziłoby to nas za daleko, gdybyśmy się nią także zająć chcieli.

[2]) Treść artykułu odczytaną była na posiedzeniu warszawskiego Towarzystwa lekarskiego d. 16 października 1883 r.

szy. Pewną rolę w położeniu płodów w ciąży bliźniaczéj odgrywa okoliczność, że płody są mniejsze niż w ciąży pojedynczéj.

*ad 5*) Wielkość miednicy ma o tyle wpływ na położenie płodu, o ile z nią w stosunku się znajduje część płodu pomieszczona w dolnym odcinku macicy. Jeśli ta część będzie znacznie mniejszą, to przy ruchach płodu część ta może się usunąć, gdy zaś ta przodująca część płodu będzie większą, wtedy miednica przedstawi opór wstawieniu się jéj; przy normalnych warunkach przodująca część zostaje uwięzioną w pierścieniu kostnym. Tak więc *a*) przy normalnéj budowie miednicy z powodu uwięzienia główki położenie czaszkowe zostaje ustalone, w innych położeniach płodu wchód miednicy jako obszerniejszy od przodującéj części nie stawia oporu odsuwaniu się jéj, a zatém umożebnia zmiany położeń; *b*) przy obszerniejszéj niż normalnie miednicy część przodująca (choćby główka) może się z łatwością usunąć a więc brak warunków dla ustalenia położenia; *c*) wązka miednica nie pozwoli wstawić się przodującéj części płodu, a więc takowa odsunie się w jedną stronę i powstanie bądź położenie twarzowe bądź ukośne.

*ad 6*) Normalnie macica jest nachylona ku przodowi, w skutek tego ujście wewnętrzne macicy nie jest jéj najniżéj położonym punktem, ale takim jest dolny odcinek przedniéj ściany jamy macicy; w takim razie wstawi się nad ujściem wewnętrznem macicy główka płodu odpowiednio prawu ciężkości, gdyż wtedy prawy bark płodu leżeć będzie najniżéj, przylegając do dolnego odcinka przedniéj ściany macicy. Przy zmianie nachylenia macicy główka pod wpływem prawa ciężkości nie będzie mogła zająć płaszczyzny wchodu miednicy i powstanie w skutek tego każde inne a nie główkowe położenie.

Do tych okoliczności, mających wpływ na powstanie położeń płodu, dodał Hecker jeszcze jeden moment, objaśnić mający powstanie położenia twarzowego. Mianowicie forma główki długogłowa pociąga za sobą przedłużenie tylnego ramienia dźwigni główkowéj; w skutek tego kierunek sił działających za pośrednictwem przedniego ramienia dźwigni zmienia się, i zamiast zgięcia główki w stawie karkowym otrzymujemy jéj rozgięcie, a przeto nad wchodem miednicy ustawi się twarz a nie czaszka płodu. Kliniczne spostrzeżenia popierają racyjonalność tego poglądu, ale następujące spostrzeżenie sprzeczne z tym poglądem zmusiło mnie do zwrócenia uwagi na etyjologiję położeń płodu.

N. N., dziewczyna wiejska. 22 lat mająca, 2/14 grudnia 1880 r. przybyła do Maryjskiego Domu położniczego w Petersburgu, w celu odbycia rozpoczętego już porodu. — Daty pojawienia się pierwszéj regularności, jak również typu jéj, nie podaje. Chorób żadnych nie przebyła. Ostatnia regularność pojawić się miała w ostatnich dniach lutego rb., na czas pojawienia się pierwszych ruchów płodu nie zwróciła uwagi; ciężarną jest po raz pierwszy.

Wzrostu 156 cm., dobrze odżywi na i silnie zbudowana. Obwód brzucha w okolicy pępka wynosi 91 cm. Odległość dna macicy od spojenia łonowego wynosi 26 cm. (mierzona cyrklem), od wyrostka mieczykowego zaś 3 cm., tenże oddalony jest od spojenia łonowego 31 cm. Forma macicy jajowata z dnem szerszém niżeli dolny odcinek. Ściany macicy konsystencyi włóknisto-twardéj tak, że tylko przy pewnym nacisku na nie wyczuć można główkę płodu w okolicy dna, z prawéj jego strony; grzbietu zaś płodu przez macanie nie wyczuwa się. Bicie serca płodu (około 140 do 150 uderzeń na minutę) najgłośniejsze jest na palec poprzeczny powyżéj i z prawéj strony pępka. Ujście maciczne otwarte na 2 palce w średnicy. Pęcherz płodowy cały, przezeń wyczuć można pośladki i krzyż płodu zwrócony w prawą stronę i ku przodowi.

W 25 godzin po rozpoczęciu się porodu, a w 6¼ godzin po pęknięciu pęcherza płodowego (przyczém wypłynęła mniéj niż w umiarkowanéj ilości ciecz płodowa) i po zupełném wygładzeniu się ujścia macicznego dyżurny kolega Andrgen przystąpił do ręcznego pociągania płodu za urodzone już pośladki. Operacyja ta wykonana w méj obecności nie przedstawiała zbytnich trudności, tak że w 5 minut udało się koledze A wydobyć płód płci męzkiéj. Noworodek był w stanie pozornéj śmierci i dopiero rękoczynami Schultzego i Spiegelberga udało mi się po upływie 1½ godziny ożywić go i do stanu normalnego doprowadzić. Z powodu krwotoku macicznego kolega A. wydalił łożysko sposobem Credégo w 3 minuty po urodzeniu się płodu.

Już przy pierwszych oględzinach zwróciłem uwagę dwóch obecnych kolegów (Berga i Mironowa) i kilku studentów V kursu medycyny na formę główki podobną do napotykanéj przy porodach w położeniu twarzowém, tj. typu długogłowych, a w 18 godzin po porodzie dziecka dyrektor zakładu, śp. prof. Horwic, potwierdził me zapatrywanie się na postać główki. Lecz nie tylko wejrzenie zewnętrzne ale także i wymiary główki stwierdziły przynależność jéj do tego typu.

| | | |
|---|---|---|
| Ciężar płodu | 3.100 | grm. |
| Długość „ | 51 | cm. |
| Wymiar prosty główki tj. od gładyszki do guza potylic. | 12 | „ |
| Od gładyszki do ciemienia małego | 12 | „ |
| Długość kości ciemieniow. (od ciemienia mał. do wiel.) | 9 | „ |
| Odległość ciemienia małego od guza potylicowego | 1 | „ |
| Od tylnego brzegu dziury potylicznéj do ciemienia mał. | 4 | „ |
| „ „ „ „ „ do guza potylicowego | 3½ | „ |
| Wymiar ukośny wielki (od podbródka do ciemienia mał.) | 13 | „ |
| Między guzami czołowemi | 4 | „ |
| „ skroniami (poprzeczny mały) | 8 | „ |
| „ guzami ciemieniowemi (poprzeczny wielki) | 8 | „ |
| Wymiar ukośny mały | 9 | „ |
| Obwód główki poziomy | 34 | „ |
| Obwód główki mały | 32 | „ |
| Obwód główki ukośny wielki | 36 | „ |
| Wymiar międzybarkowy | 10 | „ |
| Wymiar międzykrętarzowy | 8 | „ |
| Długość pępowiny | 54 | „ |
| Ciężar łożyska | 500 | grm. |

Guz potylicowy leży z małém ciemieniem na jednéj płaszczyźnie równoległéj do osi płodu. Główka jest odchyloną w stawie karkowym, tak że potylica zbliżona do karku bardziéj niż podbródek do szyi, ruchy główki biernie wykonane w odwrotnym kierunku są możebne, lecz główka pozostawiona sama sobie wraca do poprzedniego położenia.

Położnica wraz z dzieckiem opuściła zakład na trzeci dzień w stanie zadowalającym.

Broca [1]) w celu określenia charakteru główki bierze stosunek wymiaru prostego do poprzecznego wielkiego porównywając pierwszy z cyfrą sto i otrzymuje tym sposobem mianownik główkowy (*indice céphalique*), Stosownie do wielkości tego mianownika dzieli główki na 3 rodzaje:

1. Długogłowe (*dolichocephales*) dzielące się na:

[1]) Fr. Perlis. Nablindenja nad konfiguracieju dietskoj gołowki. St. Pbg. 1879 (dysertacya ruska).

*a*) długogłowe rzeczywiste, gdy mianownik jest mniejszym od 75.

*b*) półdługogłowe, gdy on wynosi 75 do 77.7.

2. Średniogłowe (*mesocephales*) o mianowniku 77.7—80.

3. Krótkogłowe (*brachicephales*):

*a*) półkrótkogłowe o mianowniku 80—85.

*b*) krótkogłowe rzeczywiste, gdy mianownik jest większy od 85.

A ponieważ w danym przypadku wymiar przodkowy wynosił 12 cm., a poprzeczny 8, więc stosunek ich wzajemny równa się 100 do 66,66, t. j. mianownik główkowy płodu tego wynosi 66,66 i główka należy do kategoryi *a*) grupy 1. Broki, czyli płód ten jest długogłowy rzeczywisty.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

## III. Oceny i sprawozdania.

Wład. Lesser (w Lipsku): **Zachowanie się katgutu w ustroju i heteroplastyka.**

W celu zbadania zmian, jakich doznaje podwiązka katgutowa, znajdująca się przez dłuższy czas w ustroju żyjącym, wykonał Wład. Lesser szereg doświadczeń w pracowni Virchowa w Berlinie. Wprowadzał on nitki katgutowe królikom pod skórę, do mięśni a nawet do organów klatki piersiowéj i jamy brzusznéj, i po upływie pewnego czasu zabijał zwierzęta i badał sam katgut jak i tkankę otaczającą pod drobnowidem. Ponieważ jednak zalety katgutu wobec innych materyjałów służących do szycia i podwiązywania naczyń występują tylko wtedy, gdy gojenie rany odbywa się przez bezpośrednie zlepienie, przeto przestrzegał Lesser w swych doświadczeniach ściśle wszystkich zasad postępowania przeciwgnilnego, a, o ile to było możliwém, operował podskórnie. Jeżeli np. chodziło o przeprowadzenie nitki przez klatkę piersiową, przesuwał naprzód skórę w miejscu wkłucia, wbijał następnie srebrną 12cm. długą igłę, w któréj uszku nawleczoną była nitka grubego katgutu, do klatki piersiowéj, a przesunąwszy wreszcie skórę i ponad miejscem wykłucia wyprowadzał igłę na zewnątrz. Gdy koniec nitki znikł poza otworem wkłucia, odcinał nitkę tuż przy otworze wykłucia w skutek cofnięcia się skóry ponad tém miejscem i ten koniec był ze wszech stron okryty żyjącą tkanką.

W 9 przypadkach wprowadził Lesser tym sposobem katgut pod skórę do tkanki łącznéj najczęściéj na grzbiecie tuż obok kręgosłupa. Aż do 22go dnia nie okazywał sam katgut pod mikroskopem zmian żadnych. Tylko w otoczeniu znajdowały się nieliczne ciałka białe i barwik krwi. Na preparatach wziętych z królików, które nosiły nitkę katgutową pod skórą 22—36 dni, widać podobne zmiany tylko w wyższym nieco stopniu. 36go dnia widać już komórki białe wchodzące gromadami w samą nitkę katgutową a w otoczeniu téjże rozwinęła się już młoda tkanka łączna z nowowytworzonemi naczyniami krwionośnemi. Po 64 dniach nie można było gołém okiem odróżnić katgutu od otaczającéj tkanki łącznéj, a pod mikroskopem w miejsce katgutu widać było młodą, w komórki obfitą tkankę łączną. Po 82 i 85 dniach miejsce katgutu zajmuje młoda tkanka bliznowata.

W 5ciu przypadkach przeprowadzono katgut przez mięśnie. W 11 dni po wprowadzeniu była nitka dokoła otoczoną licznemi okrągłemi komórkami, które miejscami wtłaczały się w nierówne, jakby powygryzane brzegi katgutu. Pomiędzy temi drobnemi komórkami znajdowały się także dość liczne komórki duże o ciemno zabarwionych jądrach. Po dłuższém trwaniu rozpadał się katgut na liczne drobne włókienka a pomiędzy nie wciskała się od obwodu tkanka łączna włóknista bardzo bogata w komórki i naczynia krwionośne. Z czasem ta tkanka zajęła całe miejsce katgutu, podobnie jak w pierwszym szeregu doświadczeń, zaledwie tu i owdzie drobne włókienko katgutu oparło się nowo wytworzonéj tkance. Dwa razy przeprowadzono podwiązkę katgutową na około kości goleniowéj pomiędzy okostną a samą kością. Po 15tu dniach katgut sam nie doznał żadnéj zmiany, ale natomiast liczne komórki olbrzymie okalały go zewsząd.

Sześciu królikom wprowadzono katgut do stawu kolanowego. Tu obrazy były podobne jak przy wprowadzeniu katgutu do tkanki podskórnéj. Ciekawym bardzo był obraz w 27 dni po operacyi. W miejsce katgutu widać było postronek, którego zewnętrzną warstwę stanowiła delikatna siatka, zawierająca liczne komórki, bardziéj ku wewnątrz szła tkanka włóknista w komórki uboga, a w samym dopiero środku znajdowała się młoda tkanka łączna, zawierająca tu i owdzie ziarnka barwika i szczątki katgutu.

Podobne zupełnie były wyniki w dwu przypadkach, podwiązania tętnicy szyjnéj, w 2ch przypadkach podwiązania żyły szyjnéj, w jednym przypadku, gdzie poprowadzono nitkę katgutową na około tchawicy, w 7miu przypadkach w których przeprowadzono katgut przez narządy klatki piersiowéj nie wyjmując nawet i serca i w 11 przypadkach, gdzie katgut leżał w jamie brzusznéj, prawie wszędzie naciek drobnokomórkowy drążąc od obwodu w głąb zajmował miejsce katgutu.

W celu zbadania zachowania się katgutu wobec rozmaitych płynów przedsięwziął Lesser następujący szereg doświadczeń. Napełnił epruwetki rozmaitemi płynami (wodą destylowaną, mocno rozcieńczonym kwasem solnym, ½% roztworem soli kuchennéj, moczem, krwią odwłóknioną i nieodwłóknioną). Do każdéj z tych epruwetek wprowadził nitkę grubego katgutu, któréj jeden koniec był przymocowany do korka zatykającego epruwetkę, a na drugim końcu była przymocowaną mała kuleczka szklana w celu napięcia każdéj nitki. Już po 11 dniach katgut prawie wszędzie napęczniał, po 30 dniu tylko w wodzie i w ½% roztworze soli kuchennéj był jeszcze prawie niezmieniony, zresztą wszędzie zmiany znaczne. Zwłaszcza we krwi począł gnić, a w moczu pokryty był licznemi drobnemi kryształkami. Po 5¼ latach katgut przechowany w wodzie był nieco tylko zgrubiały, zresztą prawie zupełnie niezmieniony, przechowany w kwasie solnym stracił zupełnie swą sprężystość. Z moczu zaś wydzieliły się bardzo liczne kryształki na powierzchni nitki. W roztworze soli i we krwi albo nitka była na granicy między powietrzem a płynem przedartą, albo też przynajmniéj część w cieczy zamoczona była nader wiotką i miękką.

Wyniki tych doświadczeń doprowadziły Lessera do wniosku, że katgut nie ulega w ciele organizacyi, lecz że ulega wessaniu, a w jego miejscu rozwija się tkanka bliznowata. Zarazem wykazał, że do tego wessania potrzeba długiego względnie czasu; oporność katgutu w rozmaitych przypadkach bywa różną, najmniejszą bywa ona w tych przypadkach, gdzie przebieg nie jest aseptyczny.

W drugiéj części swéj pracy przedstawia autor szereg doświadczeń, które wykonał dla rozwiązania kwestyi, czyby

ubytków w kościach i ścięgnach nie można zastąpić materyjałami nieorganicznemi i czyby nie można przez wszycie płyt niepodatnych w blizny w ścianach brzusznych powstałe wzmocnić je a tém samém zapobiedz następwemu powstawaniu przepuklin na tém miejscu. W tym celu 7miu zwierzętom włożył w otwory trepanacyjne na czaszce małe płyty z korku lub gumy zatykające zupełnie te otwory, a ranę w skórze zeszywał każdym razem ponad temi płytami. Prawie we wszystkich przypadkach gojenie odbywało się zupełnie aseptycznie, a po 20—40 dniach otwory te były zatkane zupełnie błoną uorganizowaną zawierającą w swém wnętrzu, jak gdyby w torebce, owe płyty. W skład téj przepony błoniastéj wchodziła zarówna okostna jak i opona twarda, a czasem wrastała nawet od obwódek i kość w tę błonę.

W 4ch przypadkach poprowadził autor cięcie w ścianach brzusznych i wszył następnie po pod ranę od strony jamy brzusznéj płytę gumową. Zupełne wgojenie się płyty nastąpiło tylko w jednym przypadku, ale niemniéj ten przypadek jak i tamte trzy, w skutek niezbyt ścislego przestrzegania zasad antyseptyki, zakończył się śmiercią zwierzęcia.

U 4ch zwierząt wykonał Lesser trepanacyję kości goleniowéj i włożył w otwory powstałe kawałki korka lub gumy. W 2ch przypadkach nastąpiło wygojenie przez tkankę bliznowatą, która wyparła zupełnie ciała obce z kości. Przy sekcyi znaleziono te płyty poniżéj zarośniętego otworu trepanacyjnego zupełnie wśród tkanki łącznéj otorbione. Jeden pies zginął w skutek sprawy septycznéj, a jeden przypadkowo. W 2ch przypadkach wreszcie wycięto po kawałku ścięgna Achilesa i wszyto natomiast z pomyślnym skutkiem kawałki gumy.

Na podstawie tych niewielu doświadczeń twierdzi Lesser, że heteroplastyka zwłaszcza wśród ścislego postępowania przeciwgnilnego ma do pewnego stopnia racyję bytu. Radziłby tylko zastąpić płyty gumowe i korkowe kawałkami kości żyjącéj lub chrząstek z nasad zwierząt młodych. (Archiw Virchowa, XXV, 2) *Dr. Trzebicky.*

Dr. Reinhard: **Przypadek peryjodycznéj zmiany barwy włosów**

U trzynastoletniéj idyjotki, którą obserwował autor w zakładzie w Dalldorf, miał sposobność spostrzegania wraz z innymi lekarzami peryjodyczną zmianę barwy włosów. Włosy jéj delikatne i dosyć gęste bywały raz żółtawo-blond, to znowu złocisto-czerwonawe, a zmiana następowała nawet w 48 do 60 godzin i utrzymywała się 7 do 8 dni. Zmianie téj, widocznéj do tego stopnia, że nawet posługaczki uwagę zwracała, nie przypisywano zrazu znaczenia, dopiero skoro się przekonano, że w miarę, jak się zmienia barwa włosów, nastaje również zmiana stanu psychicznego, a mianowicie w czasie podniecania psychicznego bywały włosy barwy złocisto-czerwonawéj, w czasie przytłumienia czynności psychicznych barwy żółtawo blond. Regułę tę o tyle tylko należy ograniczyć, że już na 24 lub 48 przed zmianą barwy włosów występował okres podniecenia. Nie spostrzeżono przytém żadnego schorzenia skory na głowie ani téż włosów a zmiana zachodziła zawsze w tych samych włosach rozpoczynając się od końców wolnych. Wspomnieć należy, że użycie sztucznych środków lub barwideł przez posługaczki jest w tym przypadku stanowczo wykluczone, a czesanie odbywało się zawsze takim samym grzebieniem przy użyciu odrobiny olejku do włosów. Skóra bywała jednak zawsze suchszą w okresie przytłumienia i wydzielała mniéj tłuszczu.

Po upływie kilkunastu miesięcy umarła ta idyjotka w zakładzie dalldorfskim a sekcyja wykazała oprócz zmian końcowych w płucach następujące zmiany w mózgu: jaśniejsze zabarwienie istoty szaréj spostrzegane gołém okiem, drobnowidowo zaś bujanie komórek neurogliі, zgrubienie ścian naczyniowych i rozszerzenie przestrzeni limfatycznych okołonaczyniowych, gdzieniegdzie małą ilość i zmniejszenie rozmiarów komórek zwojowych, zmianę ich charakterystycznego kształtu i zwężenie włókien osiowych. W przodkowych rogach rdzenia pacierzowego pokurczenie wielkich komórek zwojowych i obfite złogi barwikowe w tychże, obok stłuszczenia wielu naczyń. Sznury boczne zawierały mało ziarn tłuszczu, barwiły się jednak mocniéj karminem aniżeli w stanie prawidłowym.

Badanie włosów wykazało już przy użyciu lupy, że zmiana barwy nie polega bynajmniéj na użyciu sztucznych barwideł, nie było bowiem rażącéj różnicy pomiędzy miejscami jaśniejszemi i ciemniejszemi pni włosów, lecz barwa przechodziła stopniowo z jaśniejszego odcienia w ciemniejszy. Badanie mikrochemiczne co do barwideł używanych w tych celach usunęło wreszcie wszelką wątpliwość pod tym względem. Również zupełnie prawidłowe fizyczne własności włosów i brak woni chloru lub t. p. pozwoliły wykluczyć przypuszczenie, jakoby włosy sztucznie odbarwiono. Około 40 włosów zbadał R. wzdłuż całego pnia mikroskopowo, przyczém okazało się, że grubość ich wynosiła od 0,04 do 0,05mm. Kształt pnia był obły, przyskórek włosów jaśniejszych był nie tak regularny jak włosów ciemniejszych, gdyż liczne łuski sterczały ponad poziom innych tak, że powierzchnia włosa zdawała się więcéj szorstką. W kwasie siarkowym odrywały się łuski jaśniejszych włosów znacznie łatwiéj od kory. Rdzenia nie brakło prawie w żadnym włosie, w niektórych był jednak niewyraźny i poprzerywany, w ogóle wynosił stosunek rdzenia do grubości włosa 1:4 lub 1:5. Tak w jaśniejszych jakoteż w ciemniejszych włosach znajdował się w rdzeniu i w korze barwik żółty, w pierwszych wszędzie w postaci drobnych ziarenek rozrzucony.

Nie podobna zapuszczać się tutaj szczegółowo w nader dokładny opis badania mikroskopowego przedsiębranego przez autora, gdyż należałoby dosłownie chyba przetłumaczyć pracę autora, nie jest również wskazaném roztrząsanie tłumaczenia tego osobliwego zjawiska podanego przez R., opartego zresztą na licznych przypuszczeniach, wymienić jednak należy wnioski, które wysnuł R. na podstawie obserwacyi tego przypadku; zdaniem jego dowodzi niniejsze spostrzeżenie że:

1. w związku z innemi objawami mózgowemi występują zmiany troficzne w zakresie nerwów głowy;
2. że te zmiany odżywcze dosięgają nawet włosów;
3. że zmiany te mogą okazywać przebieg peryjodyczny tak, jak inne objawy nerwowe;
4. że zmiany te polegają we włosach na bladnieniu ich barwy i
5. że to wypłowienie polega na nadmierném nieprawidłowém nagromadzeniu się powietrza w samym włosie, co może być również przejściowém. (*Virchows Archiv für path. Anat.*, T. 95). *Dr. Schaitter.*

De la Bate: **Przypadek otrucia kwasem karbolowym. Wyleczenie.**

Trzechletniemu dziecku podano wieczorem przez pomyłkę łyżkę stołową rozczynu kwasu karbolowego o nieznaném zgęszczeniu. Autor przywołany zastał dziecko bez przytomności, zsiniałe, z tętnem niedającém się policzyć i pole-

ził wziewania tlenu. Zapas tlenu miano właśnie przypadkowo przygotowany w aptece, po pierwszych wdechaniach tym gazem powróciło czucie, oddechanie stało się wolniejszém a po użyciu drugiego worka z tlenem dziecko powróciło do przytomności, a w przeciągu dni kilku do zupełnego zdrowia. Autor tłumaczy lecznicze działanie tlenu tém, że gaz ten sprzyja tworzeniu się ciałek krwi czerwonych, podczas gdy kwas karbolowy je niszczy. Wiadomo, że skoro kwas karbolowy dostanie się do krwi, zamienia się w dwuoksyfenol, ciało odtleniające, takby tedy dało się tłumaczyć działanie tlenu jako otrutki w zatruciu kwasem karbolowym.

(Z drugiéj strony jednak nie podobna na niniejszym przypadku opierać téj teoryi, gdyż, zdaniem naszém, ten przypadek mało kwalifikuje się do tego z następujących powodów. Po pierwsze nie jest znaném zgęszczenie środka, powtóre podano truciznę wieczorem, a więc w porze, gdy zazwyczaj żołądek nie jest próżnym, a po trzecie podano go zaledwie łyżkę, nie można tedy uwolnić się od przypuszczenia, że w tym przypadku bez wdechania tlenu możebném było wyleczenie. W przeważnéj liczbie przypadków nastaje śmierć w skutek odruchowego porażenia czynności serca po zadrażnieniu nerwów żołądka, tak, że otruty żyć przestaje, zanim zdołanoby wydobyć potrzebną ilość tlenu. W każdym razie zastósowanie pompy żołądkowéj jest połączone z mniejszym zachodem i stratą czasu a rezultaty dałoby bez wątpienia pewniejsze. *Przyp. Sprawozd.*) (*Bulletin général de Thérapeutique.* 1883. Nov.). *Dr. Schaitter.*

## IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 7go marca 1884.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Potém odczytał kol. Osowicki następującą rozprawę: „O kile wrodzonéj późnéj“:

„Chciałbym zwrócić uwagę Panów kolegów na tę kwestyję ważną a jednakże niejasną i zawiłą i dotąd jeszcze nieustaloną. Doświadczenia, jakie, ordynując w szpitalu dziecięcym św. Józefa, mam sposobność zbierać, obudziły moją ciekawość pod tym względem: skłaniają one mnie, wbrew tradycyjom szkolnym, do przypuszczenia, że kiła wrodzona nie tak koniecznie już w pierwszych pięciu miesiącach życia dziecka objawić się musi, lecz, że i w daleko późniejszym wieku jeszcze wybucha, bądź w niewątpliwych kile właściwych formach, bądź też w zmianach chorobowych ogólnych, zacofaniu w rozwoju i objawach nieprawidłowego odżywienia.

Od 1go kwietnia 1880 r. aż do dnia dzisiejszego miałem sposobność widzieć w szpitalu dziecięcym św. Józefa ogółem 115 dzieci dotkniętych kiłą. Z tych z polikliniki przypada na pierwszy rok życia 69, na czas między pierwszym a czwartym rokiem 14, na czas od 4—8: 11, między 8—14: 5 przypadków. W klinice leczonych było dzieci 16, z tych najmłodsze miało $1\frac{1}{4}$ roku, czworo miały między 4 a 5 lat, dwoje między 6 a 7, troje po 8 lat, sześcioro między 8 a 14 lat. Śledzenie rodziców wszystkich tych dzieci albo wcale nie mogło być przeprowadzone albo tylko i to wyjątkowo jednéj strony. Przypada więc 55% wszystkich przypadków na pierwszy rok życia, a na ogólną liczbę wszystkich chorych leczonych w tych $3\frac{3}{4}$ lat 14.200 niespełna 1% dotkniętych kiłą. Stawiając się więc na stanowisku schematowych reguł należałoby więc tylko te 69 przypadków w pierwszym roku życia za kiłę dziedziczną uważać, po za tym czasem jako powstałe z zarażenia po urodzeniu. Przypatrzmy się przecież tym przypadkom nieco bliżéj.

1) Jan M., 15 miesięcy, dziecko nieślubne, przyjęty do szpitala dnia 30 września 1883. Ojciec nieznany, matka przedstawić się nie chciała. Dziecko wychudłe, blade, bardzo mizerne, miewa rozwolnienie, skóra połyskująca, w nosie katar, zęby nakarbowane, około otworu stolcowego szerokie kłykciny. Dziecko nie było przedtém nigdy leczoném i nie miało téż nigdy wysypek skórnych, ani na wargach, ani w jamie ust ani na częściach płciowych nie widać uszkodzenia powierzchni ani wrzodu, ani blizny. Również gruczoły niestwardniałe. Pod wpływem kąpieli sublimatowych objawy miejscowe, a mianowicie ozena, znikły szybko, szyszkowiny wolniéj, przecież zupełnie, stan odżywienia ogólnego przecież się nie poprawił. Badanie dalsze wykazało zajęcie gruźlicze płuc, któremu téż dziecko dnia 30 listopada uległo. Sekcyja prócz ogólnéj gruźlicy rozsianéj po całym niemal miąższu i opłucny, również na pokrywie przeponowéj wątroby i śledziony owe zmiany miąższu wątroby, które Baerensprung jako znamionujące kiłę dziedziczną podaje, a mianowicie guzy częściowo już w zielonawo-brunatną masę rozpadłe. Pod mikroskopem przedstawia się ta masa jako juz zdezorganizowany zniszczeniu właściwych pierwiastków organu podległy *detritus*. Sądzę, że mam prawo przypadek ten uważa za kiłę dziedziczną, choć termin jéj wybuchu po 15 miesiacach przechodzi kres uznany. — Najbliższym co do wieku j s‘ następny przypadek:

2) Helena S., lat $4\frac{1}{2}$. Matka uważa się za zdrową, w rzeczywistości nigdy nie cierpiała na jakiebądź owrzodzenia części płciowych, zbrzękłe gruczoły, bóle w gardle lub wysypki skórne. Ojciec nieznany. Chora blada i w rozwoju zacofana ma *plaques muqueuses* na języku i na migdałkach, części płciowe nietknięte, gruczoły w pachwinach i zgięciu łokciowém nieobrzękłe. Chora wcieraniami szaruchy, późniéj używaniem jodku potasu w siedm tygodni wyleczona opuściła zakład.

3) Jan C., lat siedm. Matka uważa się za zdrową; nie zapadała, jak twierdzi, nigdy na objawy kiły, ojciec nieznany. Chory niski, blady i drobny chłopczyna ma *plaques muqueuses* na migdałkach i języku. Na częściach płciowych żadnego obrażenia, gruczoły nieobrzękłe. Używaniem wcierań i jodkiem potasu wyleczony i dobrze odżywiony opuścił zakład.

4) Oskar P., lat 8, mizerny i blady, o rodzicach nic nie wiadomo. Ma *condylomata lata ad anum.* Na częściach płciowych, w jamie ust ani wrzodu, ani blizny, gruczoły w odnośnych miejscach niestwardniałe. Wcieraniami i jodkiem potasu w sześć tygodni wyleczony.

5) Balbina G., lat 14, rodzice nieznani. Bardzo mizerna i licho odżywiona, gdyby twarz nie za stara, wzrostem ledwo na lat 8 wygląda. Ma *ulcus perforatum palati mollis.* Części płciowe nietknięte nie zdradzają żadnego obrażenia czy świeżego, czy dawniejszego. Gruczoły w pachwinach normalnéj wielkości i konsystencyi. Po 3-miesięcznéj kuracyi antysyfilitycznéj zdrowa opuściła zakład.

6) Stanisław Z., słaby i wychudzony chłopiec, przysłany z prowincyi z powodu powierzchownych szerzących się owrzodzeń na obu podeszwach i na całym lewym policzku (*ulcera serpetiginosa*). Na częściach płciowych gruczołach nie ma śladu infekcyi. Dopiero po 6cio miesięcznéj kuracyi, kiedy, po zawodzie doznanym z użycia zwykłych środków, antyseptyczną kuracyję przeprowadzono, chory zupełnie wyzdrowiał.

7) Antoni M., lat 8, chudy i wątły. Przyjęty z powodu kłykcin przy otworze stolcowym. Gruczoły odnośne nieobrzękłe. Części płciowe nie okazują ani blizny, ani wrzodów, również usta i wargi. Po 10cio-tygodniowéj kuracyi, jak powyżéj, zdrowym opuścił zakład.

Z doświadczeń szpitalnych poprzestaję na przedstawieniu tych siedmiu przypadków. We wszystkich widzimy osoby słabe, wątłe, w rozwoju fizycznym zacofane, z objawami konstytucyjnéj kiły bez właściwego miejsca infekcyi. Przypadki te, jako i inne podobne uważać należy jako okazy kiły dziedzicznéj późnéj. Lecz przyznaję, że przypadki te, jeżeli je jako materyjał dowodowy użyć chcemy, mają niektóre wybitne niedostatki, a przedewszystkiém brak im bardzo ważnego momentu, t. j. anamnezy. Z praktyki prywatnéj mam z bieżącego roku przypadek następujący:

8) Małżeństwo R., są od przeszło ośmiu lat po ślubie. Mąż przeszedł dwa lata przed ślubem kiłę, a mianowicie owrzodzenie na członku, stwardnienie gruczołów i wrzody w gardle. Pierwsze dziecko z tego małżeństwa przyszło na świat w 8ym miesiącu ciąży nieżywe, tak samo drugie. Trzecie urodziło się żywe, lecz bardzo małe, wątłe i chude, zmarło po kilkunastu

dniach pokryte pęcherzykowatemi wyrzutami. Czwarty chłopiec urodził się dość silnym i rozwijał się dobrze. Dopiero po ukończonym czwartym roku życia spostrzegła matka, bystra i inteligentna kobieta, wyrostki ślimaczące się około otworu stolcowego. Przedstawiła mi go w dwa tygodnie po ich spostrzeżeniu. Były to szerokie kłykciny, które po kilkunastu sublimatowych kąpielach znikły, stan odżywienia ogólnego znacznie się poprawił. W bieżącym roku pani R. znów porodziła dziecko nieżywe w końcu ósmego miesiąca ciąży. Niestety do sekcyi ciałka mi nie przyniesiono. Przy rewizyi matka okazała się zdrową, ojciec twierdzi, że w czasie swego małżeństwa już żadnego śladu choroby na sobie nie spostrzegł, że się uważał i uważa za zupełnie zdrowego.

Dodaję, że w tym, jak i w wyżéj opisanych przypadkach, blizny od szczepienia ospy nie przedstawiały żadnéj anomalii i że ospa miała przebieg normalny.

Przypadek ostatni uważam za bardzo ważny: jest on dowodem, że kiła z ojca, w którym przechowuje się w stanie utajenia, przechodzi na płód w rozmaity sposób a mianowicie, że zdarza się, że dziecko takiego ojca, choć pozornie przez pierwsze lata dość zdrowe, chorobę tę w zarodku ma zaszczepioną i że zarodek ten w późniejszych dopiero latach, po skończonym czwartym roku, przyjść może do wybuchu. Chcieć tu np. w tym przypadku, nie uwzględniając anamnezy, przypuścić infekcyję dziecka czteroletniego przez trzecie osoby, znaczyłoby to według mnie z dowolności w skeptycyzmie robić zasadę.

A jednakże w całéj téj kwestyi dziedziczności kiły w ogóle a szczególniéj co do późniejszych wybuchów dziedzicznéj kiły najróżnorodniejsze i wręcz sobie przeciwne u najpoważniejszych autorów spotykamy opinije.

Nie chcąc zbytecznie się rozszerzać, wybiorę tylko kilku wybitniejszych autorów. Jako poważnego reprezentanta jednego kierunku wybiorę, Bärensprunga, mojego w swoim czasie nauczyciela syfilidologii i opierać się będę na jego książce: *Die hereditäre Syphilis*. Jak wiadomo Bärensprung podnosi i główny nacisk kładzie na to, że kiła ma tak jak inne choroby infekcyjne pewien typowy przebieg. Według niego ten przebieg doznaje zmian i zboczeń mniéj przez indywidualne różnice, jak raczéj tylko przez środki lecznicze niewłaściwe, a mianowicie preparaty rtęciowe. Tę typowość uznaną wreszcie powszechnie co do pierwszo- i drugorzędnych objawów rozszerza on i na wszelkie trzeciorzędne objawy, które przecież, jak doświadczenia każdego z nas pouczyły, w ramy jakiegoś jednolitego typowego obrazu uporządkować się nie dadzą, rozszerza on je i daléj jeszcze na kiłę dziedziczną. W koniecznem następstwie téj zasady przypuszcza, że kiła dziedziczna objawić się musi najpóźniéj w ciągu kilkunastu tygodni po urodzeniu. Ale idźmy za jego wywodem. Bärensprung po historycznym poglądzie począwszy od Paracelsa, który już kiłę dziedziczną znał, uważa za pewnik, że mianowicie przez ojca kiła przechodzi na płód. Odróżnia on pod tym względem cztery kategoryje przypadków.

1) Kiła ojca w chwili płodzenia jest jeszcze w stadyjum pierwszo- lub drugorzędném, natenczas zwykle matka a zawsze płód bywają zarażone. Niewątpliwém, i pod tym względem nie ma różnicy zdań, w takim razie jest, że następuje poronienie, zaraz w pierwszych lub dopiero w późniejszych miesiącach, płodu martwego. W wyjątkowych tylko przypadkach ciąża dochodzi do siódmego lub ósmego miesiąca i dziecko urodzić się może nawet żyjące ale do życia niezdolne, bardzo małe i chude i które zdradza już zewnętrzném wyglądaniem ciężką dyskrazyję.

2) Kiła ojca znajduje się w chwili płodzenia w stanie utajenia, t. j. objawy jéj choć po zarażeniu nie zbyt dawném skutkiem użycia lekarstw cofnęły się, a mimo to i matka i dziecko się zarażają. Jest to tak zwana *theorie du choc en retour*, t. j. zarażenie matki przez płód. U matki natenczas z pominięciem objawów piewszorzędnych spostrzega się tylko objawy drugorzędne, płód zaś sam odumiera przed dojrzeniem lub niedonoszony i niezdolny do życia przychodzi na świat.

3) Trzecią kategoryję zestawia Bärensprung z tych przypadków, w których kiła ojca przez przebieg kilku lat i przez energiczne kuracyje osłabiła się, a w których przecież mimo to jeszcze na płód przechodzi, pomijając zupełnie matkę. Bärensprung niechętnie tylko dopuszcza tę kategoryję, nie nadaje się bowiem bardzo do jego systemu. Zacytowawszy rozmaitych autorów za, zbiera z drugiej strony z wielką skwapliwością i przeciwne zdania.

4) Do czwartéj kategoryi ze względu na kiłę ojca zalicza B. te przypadki, w których kiła ojca znajduje się w stanie już długoletniego utajenia. Natenczas, twierdzi, dzieci mogą być zupełnie zdrowemi. Nie zaprzeczając bynajmniéj możliwości takiéj, którą częste obserwacyje zdają się stwierdzać, zadziwiły mnie jednakże mocno niektóre przypadki z kazuistyki Bärensprunga, mającéj służyć za dowód. I tak np. w jego przypadku 38 z dwojga dzieci takiego małżeństwa jeden chłopiec dostaje nagle w czwartym roku *strabismus*, drugi w trzecim roku induracyję gruczołów. Takie przypadki dowodzą raczéj wręcz czegoś przeciwnego i zaliczyć się raczéj dają do szeregu tych, które ja jako okazy późno występującéj kiły dziedzicznéj na wstępie podałem.

Również i ze strony matki przechodzi kiła ogólna na płód, chociażby już w częściach płciowych siedliska nie miała. Przypadki takie przecież są bardzo rzadkie. Przyczyna rzadkich tego rodzaju spostrzeżeń leży w tém, że kiłą ogólną dotknięte kobiety tracą zdolność poczęcia. Przy zarażeniu kobiety ciężarnéj dotąd zdrowéj, los dziecka zależy od okresu ciąży; jeżeli infekcyja nastąpiła pod sam koniec ciąży, dziecko przyjść może na świat normalnie rozwinięte i zdrowe.

Co do czasu wybuchu kiły dziedzicznéj twierdzi Bärensprung, że okazać się ona musi zaraz w pierwszych tygodniach życia najdaléj do piątego miesiąca, kiła występująca późniéj powstała albo przez akt porodu od choréj matki, przez ssanie, albo wreszcie przez szczepienie.

Zatrzymałem się przy książce Bärensprunga z rozmysłem tak długo: za jego zapatrywaniami co do czasu wybuchu dziedzicznéj kiły poszło i idzie dotąd jeszcze bardzo wielu autorów.

W ostatnich tygodniach doszła mnie praca prof. Casparego z Królewca, ogłoszona w numerze 31 *Deutsche medicinische Wochenschrift* „o kile dziedzicznéj późnéj.“ Autor stoi także jeszcze na podstawie zapatrywań Baerensprunga, zaczyna się przecież wahać, ma wątpliwości. Nie wie ostatecznie, jakie stanowisko zająć w téj kwestyi, którą do rozstrzygnięcia pozostawia doświadczeniom lekarzy familijnych. Ci téż, zdaniem mojém, najwięcéj są w możności zebrania materyjału dowodowego. Lekarze ordynujący w oddziałach dla chorych syfilitycznych wielkich szpitali mają wprawdzie obfity materyjał, lecz nie mają ciągłości obserwowania przez długie lata, które tu jest koniecznem.

Z autorów niemieckich, którzy co do kwestyi naszéj przeciwne ogłosili zapatrywania i istnienie późnych form kiły dziedzicznéj przypuścili, wymieniam Levina, Zeissla i Schwimmera. Ich publikacyj nie posiadam. Natomiast mam (*Vierteljrschift f. Syphilis u. Dermat.*) rozprawę prof. Laskiewicza z Charkowa w któréj opisuje dwa przypadki dziedzicznéj późnéj kiły; jeden chory liczył 22, drugi 14 lat. W żadnym z tych przypadków lokalnych zewnętrznych objawów nie było a sekcyja przecież wykazała i w wątrobie i śledzionie zmiany téj tylko chorobie właściwe.

W zeszycie z listopada rb. w *Journal de médécine* jest z Hôpital Saint Louis obszerniejsza publikacyja z wykładów prof. Fourniera *de la Syphilis héréditale tardive*. Fournier twierdzi, że kiła dziedziczna bynajmniéj wybuchów swych nie ogranicza do wieku niemowlęcego, jak wielu sądzi. Jako objawy późnéj kiły dziedzicznéj zaznacza: 1) wejrzenie ogólne, 2) rozwój wstrzymany *(infantilisme)*, 3) zniekształtnienia kości czaszki i nosa, 4) choroby kości, 5) blizny skóry lub błon śluzowych, 6) zapalenia tęczówki lub rogówki, 7) choroby słuchu, 8) choroby moszen, *sarcocele*, 9) zwyrodnienie zębów, nakoniec 10) wielką śmiertelność dzieci. Z tego szeregu symptomów najważniejszemi i najściślejszemi są odnoszące się do oka, ucha, zębów (*triade de Hutchinson*, jak je Fournier nazywa) i moszen. Mianowicie w oczach zachodzą zmiany specyficznéj doniosłości, tj. *Keratitis interstitialis* zwana, jak Fournier podaje, na zachodzie *Keratite hérédo-syphilitique de Hutchinson*. Choroba ta objawiać się ma u dzieci zarażonych dziedzicznie między 8 a 15 rokiem ustępuje jedynie środkom antysyfilitycznym. W ogóle Fournier kiłę dziedziczną późną w dwóch obrazach przypuszcza: albo pokazuje się pierwszy raz w dość późnym już wieku, albo objawiwszy się bardzo lekko w dziecięctwie, daleko późniéj znów po-

wraca. Np. dziecko w pierwszych miesiącach okazuje *plaques muqueuses* na języku, te ustępują, dziecko bywa pozornie zdrowe aż do roku 16go, tu występuje *sarcocele*, wreszcie po zatajeniu znów na lat 6 wychodzi na jaw jako gumiak w języku. W innych przypadkach przecież spostrzegał Fournier, że u potomków ojca kiłą dotkniętego, które od urodzenia począwszy przez długie lata na żądanie przestraszonych rodziców najpilniéj były badane i ciągle pod opieką lekarską pozostawały, objawy dziedzicznéj kiły pokazywały się dopiero między 20 a 25 rokiem życia.

Z francuskich autorów także Ricord w opisanym przez siebie przypadku u dwóch braci po przeszło 40 latach rozpoznał pierwszy wybuch dziedzicznéj kiły.

Powyżéj starałem się Panom w krótkim szkicu przedstawić, jak w téj kwestyi zapatrywania najpoważniejszych badaczy diametralnie się rozchodzą. Moje własne doświadczenia są nie liczne, a choć badania nie mogę rozciągać na rodziców, którzy tylko dzieci szpitalowi dziecięcemu powierzają, sami zaś rewizyi odmawiają, i nie dość są kompletne, mimo to doświadczenia niektóre mają dla mnie przynajmniéj moc przekonywającą. Dowodzą one, że rzeczywiście kiła dziedziczna objawić się może późno, że ścisła granica wieku pociągnąć się nie da, że przecież po za pierwszym rokiem życia, na który 53% w mojém zestawieniu przypada, głównie między 4 a 8 rokiem na jaw występuje.

Prócz specyjalnego ma kwestyja nasza jeszcze ważne ogólne znaczenie i ustalenie faktu wybuchu dziedzicznéj kiły w późniejszych latach życia przyczynić się może do wyświecenia sprawy dziedziczności chorób i ich przeobrażeń w późniejszych pokoleniach.“

Przy rozprawie nad tym przedmiotem podnosi kol. Kapuściński, że na odmienném stoi stanowisku od prelegenta, skłaniając się do zapatrywań Zeissla, który przypuszcza, że kiła późna wrodzona nie istnieje wcale, a przypadki za takie uważane powstają prawdopodobnie w skutek skaleczenia przy porodzie i obrzezaniu, pocałunkami nieostrożnemi itd.—Dr. Wicherkiewicz widuje w swéj praktyce dość częste przypadki zapaleń oka, zostające według utartych zapatrywań w zależnym stosunku do kiły wrodzonéj. Chodzi tu zazwyczaj o zapalenie tęczówki lub naczyniówki, a zwłaszcza miąższowe zapalenie rogówki, nadto ropiaste zapalenia worka łzowego i to u dzieci dotkniętych nie rzadko innemi objawami wtórorzędnemi lub trzeciorzędnemi kiły. Tak cierpienia oczne jakoteż inne objawy kiły ustępować dopiero zaczynają po użyciu środków swoistych. Czy jednakże przypadki te przemawiają za kiłą wrodzoną lub też dopiero po urodzeniu nabytą, o tém Wicherkiewicz rozstrzygać nie śmie, będąc w podobném położeniu jak to, na które się Fournier skarży, a mianowicie, że lekarz kliniczny nie może ze względu na zbyt krótki czas obserwacyi dostatecznego wyrobić sobie pod tym względem zdania.—W obec poprzednio przez kol. Kapuścińskiego zrobionéj uwagi co do ukrytych dróg, któremi jad kiłowy do ciała dziecka dostać się może, przypomina Wicherkiewicz jeszcze jednę okoliczność znaną, a tutaj pominiętą, tj. przeniesienie jadu kiłowego przez wszczepienie ospy. Przy niedopatrzeniu się téj przyczyny nie jeden przypadek mógłby uchodzić za kiłę wrodzoną, gdy jest po prostu świeżo wszczepioną.—Kol. Osowicki, odpowiadając na powyższe uwagi, zapewnia, że tylko tam przypuszcza spóźnioną kiłę, gdzie nie można odnaleźć miejsca pierwotnego zajęcia, ani też nabrzmiałych gruczołów.—Kol. Kapuściński zwraca jeszcze na to uwagę, że dziecko po urodzeniu mogło już mieć jakieś objawy kiłowe, które uszły zupełnie uwagi rodziców.—Dr. Wicherkiewicz godząc się na to z kol. Osowickim, że ważnym czynnikiem w rozpoznawaniu późnéj kiły wrodzonéj jest brak pierwotnego stwardnienia, nie przyznaje jednak równéj doniosłości pod tym względem brakowi nabrzmienia gruczołów limfatycznych. Gruczoły te bowiem często znacznie są przesiąknięte i nabrzmiałe tam, gdzie kiły nie ma, i to li tylko na podstawie zołzów (mogących się zresztą często z kiłą zetknąć) lub też innych wewnętrznych i zewnętrznych powodów, a z drugiéj strony tam, gdzie wyraźne wystąpiły objawy kiły, trudno przy znacznym pokładzie tłuszczowym skóry domacać się gruczołów, gdy te tylko nieznacznie są nabrzękłe. — Kol. Jarnatowski przytacza dla wykazania jak niewinne podrażnienie skóry może wywołać obrzmienie gruczołów limfatycznych w odległych nawet stronach ciała, przypadek, gdzie u dorosłéj panny badanie wykazało znaczne pryszczyki w okolicy części sromnych i naokoło odbytu. Podejrzenie, że w tym przypadku chodzi o zajęcie kiłowe, niebawem ustąpiło w obec wszelkiego braku innych objawów, a powstanie tych pryszczyków tłumaczył kol. Jarnatowski ostrém działaniem wydzieliny białego upławu, na który chora cierpiała. Pod wpływem łagodzącego leczenia znikły pryszczyki i wszelkie nabrzmienia gruczołów limfatycznych.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wicherkiewicz.*

---

## Sekcyja rzeszowska Tow. lek. gal.

**Posiedzenie z dnia 1 marca 1884.**

Obecnych członków 6.

1) Przewodniczący udzielił zebranym kolegom do wiadomości zaproszenie Wydziału gospodarczego IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich na Zjazd do Poznania.

2) Kol. Jabłoński demonstruje w szpitalu przypadek operowanéj przepukliny pachwinowéj prawéj u mężczyzny 56 lat liczącego. Przy zgłoszeniu się chorego przed 15 dniami do szpitala próbowano bezkrwawego odprowadzenia zwykłym uciskiem bez i z chloroformowaniem, oblewania lotnikiem, kąpielami. Gdy to nie sprowadziło żadnego skutku, a wzmagające się przypady nie pozwalały daléj oczekiwać, przystąpiono do operacyi w sposób zwykły, przyczém przypadkowo nacięto błonę surowiczą i mięsną uwięźniętéj kiszki w długości $1\frac{1}{2}$cm. Z nim przystąpiono do odprowadzenia kiszki wypadłéj, operujący użył sposobu Rosera, iż część kiszki ponad uwięźnięciem w jamie brzusznéj będącą wyciągnął, przyczém pokazało się, że część kiszek poza pierścieniem pachwinowym wewn. w jamie brzusznéj będąca wypełnioną była wgłobioną kiszką wyższych partyj w długości 10—12 cm. i że części wgłobione (*invaginatio*) miały barwę żywo-czerwoną, połysku aksamitnego, jak gdyby błony surowicze już były wypociną pokryte. Po usunięciu wgłobienia odprowadzono do jamy brzusznéj wszystkie kiszki, ranę zaopatrzono przeciwgnilnie. Profilaktycznie postawiono choremu 20 pijawek na dolnéj okolicy brzucha i podano makowiec. Pierwszy stolec nastąpił w 2 godzin po operacyi, następny dopiero 3go dnia. Ciepłota najwyższa po operacyi w 3cim dniu wynosiła 38·2°C. Chory dziś, dnia 15 po operacyi, ma się zupełnie dobrze, rana dobrze brodawkuje. Worek przepuklinowy, poniżéj miejsca operowanego surowiczo obrzmiały, robi wrażenie trzeciego jądra. Opierając się na zdaniu, że wgłobienie (*invaginatio*) polega przeważnie na nierównym ruchu robaczkowym sąsiadujących z sobą części kiszek, i że takowe wtedy powstać może, gdy części wyższe kiszek objawiają ruch robaczkowy żywszy lub prawidłowy, dolne zaś upośledzony lub nawet zniesiony, jak np. przy uwięźnięciu przepuklin, przypuszcza, że przypadki tych ostatnich muszą być dość często powikłane z równoczesném wgłobieniem wyższych części kiszek i że stosunkowo dość jeszcze znaczna śmiertelność przy operacyi uwięźniętych przepuklin z tego właśnie powodu pochodzić może, iż używając innéj niż metody Rosera odprowadzenia kiszek uwięźniętych do jamy brzusznéj przeocza się łatwo równoczesną komplikacyję wgłobienia kiszek, które potém wynik śmiertelny wywołuje.

3) Doktorand Drobner przedstawia chorego, przy którego operacyi asystował Drowi Jabłońskiemu. Chłopiec lat 16 mający przybył do szpitala z nowotworem (*fibrosarcoma*), który umiejscowiony poza uchem prawém, sięgał z przodu aż do treści gruczołu przyusznego, nie był otorbiony i ściśle z okostną części łuskowéj zrosłym. Chloroformowanie już po kilku wdechach wywołało sinicę, chorego ocucono, a operacyję odbyto bez chloroformu przy zupełnéj nieczułości operowanego. Ściany tętnicy szyjnéj częściowo odsłonić musiano. Po zeszyciu rany i zaprowadzeniu drenów założono opatrzenie przeciwgnilne.

*Rotter*, sekretarz. *Dr. J. Barzycki*, przewod. sekcyi rzeszowskiéj.

---

# V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 marca

umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,8. Z ospy umarło 10 (13 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 12 przypadkach ospy, 2 odry, 2 błonicy, 1 płonicy, 1 duru osutkowego, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 2—8 marca umarło z ospy w Londynie 1, leczyło się w szpitalach 156, świeżo zapadło 34. W Petersburgu i St. Louis umarło po 1, w Liwerpolu, Warszawie, Wenecyi, Madrycie, Granadzie, Lizbonie po 2, w Paryżu i Murcyi po 3, w Wiedniu, Birminghamie, Brukseli po 4, w Maladze 6, w Nowym Orleanie 16, w Pradze 46, w Madrasie 114. Odra panuje nagminnie w Wiedniu, Paryżu, Petersburgu i Londynie. Z duru plamistego umarło w Palmie 1, w Maladze i Granadzie po 2, w Petersburgu 3, w Madrycie 4, w Murcyi 5. Cholera w miastach indyjskich straciła charakter nagminny. W Kalkucie umarło od 6—12 stycznia z cholery 5, w Bombayu od 30 stycznia do 5 lutego umarło 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 47,5; w Warszawie 29,5; w Poznaniu 21,8; w Wiedniu 30,7; w Budapeszcie 34,1: w Pradze 39,5; w Tryjeście 40,3; w Berlinie 23,0; we Wrocławiu 35,3; w Gdańsku 21,5; w Mnichowie 35,5; w Dreźnie 29,7; w Lipsku 25,0; w Bazylei 13,9; w Brukseli 27,0; w Amsterdamie 27,9; w Hadze 24,1; w Paryżu 26,5; w Londynie 21,3; w Kopenhadze 23,0; w Stokholmie 26,3; w Chrystyjanii 21,3; w Petersburgu 42,1; w Odesie 33,8; w Wenecyi 37,5; w Bukareszcie 36,4; w Madrycie 36,2; w Lizbonie 36,2; w Aleksandryi 33,8; w Filadelfii 21,3; w Bombayu 29,2; w Madrasie 62,9. *J. K.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Od 24 lutego do 1 marca r. b. zmarło 80 osób co odpowiada na rok i 1000 mieszkańców 36. W tym czasie zmarło 2 osób z dyfteryi, 1 z kokluszu.

Od dnia zaś 2 d 8 marca zmarło 69 osób co odpowiada na rok i 1000 m. 31·1. W tym czasie zmarło 2 osób z dyfteryi, 2 z dławca, 3 z kokluszu, a 2 z duru brzusznego.

## VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 marca. Dowiadujemy się, że prof. Obaliński wykładać będzie w półroczu letniém chirurgiję dróg moczowych i że w oddziale swoim w szpitalu św. Łazarza przeznaczył osobne sale dla tego rodzaju chorych, w których zbiera materyjał obfity. Chętnie dzielimy się tą wiadomością z kolegami, którzy zapewne zechcą poprzeć starania szan. profesora i sympatycznego kolegi, mające na celu ułatwienie dla uczących się poznania tego ważnego działu chirurgii. Dotychczas zwyczajem było odsyłać takich chorych do specyjalistów wiedeńskich, pomiędzy którymi głównie zasłynął w swoim czasie Jvancsics. Odkąd ostatni praktykę porzucił i usunął się w zacisze domowe, nie ma nawet we Wiedniu głośniejszych chirurgów, téj dziedzinie wyłącznie lub przeważnie poświęcających się. Tém bardziéj byłoby rzeczą arcypożądaną, aby lekarze krajowi zwracali uwagę chorych, że w Krakowie pomoc skuteczną zyskać mogą, przez co przyczynią się do podniesienia się i u nas gałęzi specyjalnéj, dotychczas dla braku materjału odłogiem leżącéj. Zdolności i dobre chęci prof. Obalińskiego są dostateczną rękojmią, że gałąź ta zakwitnie u nas, z pożytkiem dla kraju i młodzieży uczącéj się, a tuszymy sobie, że koledzy zacnym staraniom pomocy nie odmówią.

* Prof. Domański, delegowany przez Radę miejską, wyjechał do Strasburga, razem z architektem Zarębą, celem bliższego obznajomienia się z wywózką nieczystości sposobem Talarda.

* Otrzymaliśmy sprawozdanie z posiedzenia dorocznego Towarzystwa lekarzy bukowińskich. Przewodniczący Dr. Załozìecki przedstawiwszy czynności Towarzystwa w ciągu ubiegłego roku 1883 wniósł, aby dotychczasowy członek korespondent prof. Mikulicz w Krakowie zaliczony został w poczet członków honorowych, a wniosek ten przyjęto przez aklamacyję. Towarzystwo liczy obecnie 53 członków zwyczajnych, 5 nadzwyczajnych, 31 honorowych i 12 korespondentów. Bardzo wielka część członków jest Polaków i Rusinów, a sprawozdania przecież bywają ogłaszane w języku niemieckim.

* **Wiedeń**. W Towarzystwie lekarskiém radca namiestn. Dr. Karajan uczynił wniosek, aby wracającéj z Indyj pod przewodnictwem Kocha niemieckiéj Komisyi cholerycznéj przygotować we Wiedniu uroczyste przyjęcie.

Referenci spraw lekarskich w Czechach i Styryi Drowie Pissling i Scherer przechodzą w stan spoczynku.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Prof. Toldt z Pragi mianowany został drugim zwyczajnym profesorem anatomii opisowéj we Wiedniu.—**Praga czeska**. Dr. Hlava przedstawiony został do nominacyi na prof. nadzw. anatomii patologicznéj —Docent prywatny balneologii w Wydziale niemieckim Dr. H. Kisch otrzymał tytuł prof. nadzw. — **Graz**. Prof. anatomii porównawczéj Schulze, powołany do Berlina, opuszczając Austryję, otrzymał uznanie cesarskie za zasługi położone w nauce i zawodzie nauczycielskim.

* **Mianowanie**. Sekundaryjuszem przy szpitalu powszechnym w Jaśle mianowany został Dr. Bronisław Chwistek.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Henryk Bobkiewicz z Biecza, Szymon Maciéj Morawski z Kóz-Szulborza w Król. Polskiém, Tadeusz Józefczyk z Krakowa i Kazimierz Jacobi z Kęt.

* **Nekrologija**. D. 26 marca umarł w Krakowie Dr. Franciszek Danek, c. k. lekarz pułkowy, kawaler orderów Franciszka Józefa i francuskiéj legii honorowéj, operator i ordynujący w oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala garnizonowego, członek Tow. lek. krak, przeżywszy lat 45. Od lat wielu schorzały przed kilku tygodniami zmuszony był zaniechać służby, przed samém usunięciem się atoli jeszcze przesłał nam ostatnią swoją rozprawkę, która ukazała się przed 2ma tygodniami w Nrze 11 Przegl. Lek. Urodzony w Wilamowicach w powiecie bialskim w Galicyi, kończył, o ile nam wiadomo, nauki lekarskie w Wiedniu, gdzie kształcił się na operatora. W r. 1871 wysłany został z pociągiem sanitarnym do Paryża po zdobyciu stolicy przez armiję francuską i za usługi oddane rannym odznaczony został przez Rząd rzeczypospolitéj krzyżem legii honorowéj. Ostatnie lata przepędził nieboszczyk prawie nieprzerwanie w Krakowie, gdzie używał wielkiego wzięcia nietylko pomiędzy wojskowymi, ale i w ludności cywilnéj. Na kilka zawodów mianowany był także egzaminatorem przy ścisłych egzaminach lekarskich. Skromny, uprzejmy, pracowity, chodził niestety jak cień pomiędzy żyjącymi, dręczony od lat wielu nieuleczną chorobą piersiową. Cześć pamięci zacnego, zdolnego lekarza!

D. 21 b. m. umarł w Wiedniu Dr. Ambroży Towarnicki, poseł do Rady państwa, licząc lat 48. Zmarły był wychowańcem Uniwersytetu Jagiell., w którym przed 20 przeszło laty uzyskał stopień Dra med.; był on przez lat wiele burmistrzem m. Rzeszowa, posłem na Sejm, a od r. 1879 reprezentował miasto Rzeszów i Jarosław w Radzie państwa.

W Mülhuzie w Alzacyi umarł temi dniami Dr. medycyny Władysław Alfred Szerlecki w 72 roku życia. Opuściwszy kraj w r. 1831 odbył nauki lekarskie w Fryburgu, gdzie uzyskawszy stopień doktora przeniósł się na praktykę do Mülhuzy. Był on wydawcą czasopisma: *Zeitschrift f. Therapie u. Pharmakodynamik*, którego 5 zeszytów wyszło w r. 1844 i 45 u Emmerlinga we Fryburgu, a w ostatnich jeszcze latach życia swego zapisał się jako członek wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie. Nieboszczyk używał powszechnéj czci w drugiéj swéj ojczyźnie i pozostawił wdowę i liczną rodzinę, a jeden z synów, Dr. Alfons Szerlecki, jest również lekarzem praktykującym w Mülhuzie. Na teraz poprzestajemy na tych datach w przypuszczeniu, że ktoś z rodziny lub przyjaciół dostarczy nam obszerniejszego życiorysu, który chętnie umieścimy, aby oddać hołd życiu uczciwemu i pracowitemu. O ile nam wiadomo ogłoszone zostały drukiem następujące prace ś. p. Dra Szerleckiego: *Tractatus de fractura colli ossis femoris, cui annexa est observatio rarissima de ossium mollitie. Friburgi 1834.* — 2. *Dictionnaire abrégé de therapeutique* 2 t. w dużéj 8ce. *Paris. 1837.* — 3. *Pract. Handwörterbuch der Heilungslehre oder Darstellung der Heilmethoden der berühmten pract. Aerzte Deutschlands, Frankreichs, Englands, Italiens und Americas. Nach der 2ten franz. ganz umgeänd. und bedeutend verm. Auflage frei bearb. vom Verf. des franz. Originals. Stuttgart. 1838—1841. 9 Abth.* — 4. *Monographie über den Tabak, dessen Einwirkung auf den menschl. Organismus und Heilkräfte in verschiedenen krankhaften Zuständen. Eine*

*in Paris mit einer goldenen Medaille gekrönte Preisschrift. Stuttgart. 1840.*

W Warszawie umarł d. 14 bm. w 63 roku życia Dr. Antoni Lebiedziński, pomocnik Inspektora lek. gub. warszawskiéj, wychowaniec Uniwersytetu moskiewskiego. Ogłosił on 3 rozprawy w Pam. Tow. lek. warsz. (*Gazeta Lekarska*).

W Marburgu umarł prof. chemii Dr. Konstanty Zwenger, który głównie odznaczył się w chemii lekarsko farmaceutycznéj.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Rothego: Paraldehyd, nowy środek nasenny i kojący; Sokołowskiego: Przyczynek do statystyki szpitalnéj. — W *Medycynie* Nr. 12: Rogowicza: Kilka słów o leczeniu ostréj niedokrwistości u rodzących (dok.).

**Redakcyja** otrzymała:

Dr. DANIŁŁO (w Petersburgu): O padyczei boliezni. (Wykład próbny miany w Akademii lek. wojskowéj celem otrzymania *veniae legendi*). (Osobne odbicie z „Wracza," 1884) in 8vo str. 24 z rycinami.

Dr. S. PERKOWSKI: Dobre skutki wydalenia (wyłyżeczkowania) szpiku, przy *osteomyelitis* kości długich, in 8vo str. 22.

Zpráva o zdravotních poměrech a činnosti městkého fysikátu v Praze za rok 1882. Napsal Městský fysik M. Dr. Pelc, w Praze 1883, in 8vo str. 105.

**Piśmiennictwo lekarskie.** DIEULAFOY G. Manuel de pathologie interne. Tome II. 2. partie. 18. Paris, G Masson. cart. Fr. 3.

DUEAU A. Des Formes cliniques de la tuberculose laryngée. gr. 8. Paris, Doin Fr. 4.

FALIN. De la spontanéité dans les virulentes et dans les épidemies. 8 Paris, J. B. Baillière et fils Fr. 2½.

FLECHSIG Paul. Plan d. menschl. Gehirns. Auf Grund eigener Untersuchgn. entworfen. Mit erläut. Text. gr. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 2.

FLÜCKIGER F. A. Pharmacognosie d. Pflanzenreiches. 2 Aufl. 3. (Schluss-) Lfg. gr. 8, Berlin Gaertner. M. 9.—(cpl: M. 21.—)

ISENSCHMID. Weitere Skizzen aus der chirurgischen Klinik d. Geh.-R. v. Nussbaum. gr. 8. München, J. A. Finsterlin. M. 2.

KLEMM K. Die ärztliche Massage, ihre Wissenschaft, Technik u. praktische Anwendung. Mit Abbildgn. im Texte. gr. 8. Riga, Kymmel. M. 3.

KÜCHENMEISTER Frdr. Die angeborne, vollständige seitliche Verlagerung der Eingeweide d. Menschen. Mit 5 Fig. 1 uncolor. u. 2 color Taf. gr. 8. Leipzig, Barth. M. 9.

NEUMANN Isidor. Atlas der Hautkrankheiten 72 Taf. Mit beschreib. Texte. 2 Lfg. Fol. Wien, Braumüller. M. 10.

NOWAK Jos. Lehrbuch der Hygiene. Mit ca. 200 Abbildgn. 2. Aufl. gr. 8. Wien, Toeplitz et Deuticke. M. 20.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie **we Środę** d. 2 kwietnia o godz. 5 po południu w Sali Akademii Umiejętn. posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Kohn okaże kilka nowszych narzędzi ginekologicznych i wyłoży swoje spostrzeżenia nad działaniem leczniczém nowszych leków w praktyce ginekologicznéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla